

ZARZĄDZENIE NR 143/2022/DSOZ
PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 7 listopada 2022 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie²⁾, załącznik nr 1 do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 3. 1. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zobowiązani są do wprowadzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami zmian wynikających z wejścia w życie przepisów niniejszego zarządzenia.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

§ 4. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 października 2022 r.

§ 5. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
/Dokument podpisany elektronicznie/

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2021 r. poz. 1292, 1559, 1773, 1834, 1981, 2105, 2120, 2232, 2270, 2427, 2469, z 2022 r. poz. 64, 91, 526, 583, 655, 807, 974, 1002, 1097, 1265, 1352, 1700, 1855 i 2140.

²⁾ W brzmieniu wynikającym z obwieszczenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zmienione zarządzeniem Nr 116/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2022 r.

Katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

Lp.	kod zakresu	nazwa zakresu	kod produktu	nazwa produktu	jednostka rozliczeniowa	Taryfa ustalona przez AOTMiT	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	warunki wykonania			uwagi
								świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	11.4132.001.02	dializoterapia otrzewnowa	5.10.00.0000051	dializa otrzewnowa	punkt	19,4	228,36	x	x		za osobodzień, obejmuje pełne koszty i badania dodatkowe, w tym środki stymulujące erytropoezę
2	11.4132.002.12	hemodializoterapia	5.10.00.0000091	hemodializa - świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	punkt	34,82	409,93		x		
3			5.10.00.0000153	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt	418	418,00		x		
4	11.4132.003.12	hemodializoterapia - z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru	5.10.00.0000092	hemodializa – świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru oraz z dostępem do oddziału nefrologii lub o profilu nefrologicznym	punkt	38,58	454,20		x		
5			5.10.00.0000153	Hemodiafiltracja (HDF)	punkt		440,97		x		
6	11.9800.041.02	terapia hiperbaryczna	5.10.00.0000151	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – z zapewnieniem 24h dostępności	punkt	520	520,00		x	x	
7			5.10.00.0000152	Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u 1 pacjenta) – bez zapewnienia 24h dostępności	punkt	360	360,00		x		
8	11.2150.042.02	tlenoterapia domowa	5.10.00.0000006	tlenoterapia w warunkach domowych	punkt		11,49	x			za osobodzień, w tym koszt środków technicznych;
9	11.0000.047.02	żywienie pozajelitowe w warunkach domowych	5.10.00.0000007	żywienie pozajelitowe dorosłych w warunkach domowych	punkt		230,00	x			za osobodzień,
10			5.10.00.0000008	żywienie pozajelitowe dzieci w warunkach domowych	punkt		402,00	x			
11	11.0000.048.02	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	5.10.00.0000050	żywienie dojelitowe w warunkach domowych	punkt		92,00	x			
12	11.1210.052.12	badania zgodności tkankowej	5.10.00.0000016	badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki	świadczenie		1		x		
13	11.1210.053.02	badania genetyczne	5.10.00.0000041	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nowotworowych	punkt		532,51		x		
14			5.10.00.0000043	kompleksowa diagnostyka genetyczna chorób nienowotworowych z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych	punkt		1 065,02		x		
15			5.10.00.0000047	diagnostyka cukrzycy monogenowej - badania genetyczne	punkt	2 154	2 154,00		x		

16	11.0000.040.02	badania izotopowe	5.10.00.0000021	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatostatyny	punkt		5 326,13		x		
17			5.10.00.0000022	scyntygrafia nadnerczy/innych okolic ciała	punkt		2 366,94		x		
18			5.10.00.0000023	scyntygrafia wentylacyjna płuc	punkt		1 775,72		x		
19			5.10.00.0000024	scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem cytrynianu galu	punkt		2 959,19		x		
20			5.10.00.0000025	scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów	punkt		2 722,29		x		
21			5.10.00.0000049	diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków	punkt	6 272	6 272,00		x		
22	11.0000.043.02	terapia izotopowa	5.10.00.0000018	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna	punkt		355,35		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
23			5.10.00.0000019	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu	punkt		355,35		x		
24			5.10.00.0000020	terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna	punkt		82,40		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
25			5.10.00.0000026	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kwalifikacyjna	punkt		592,25		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
26			5.10.00.0000027	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu strontu	punkt		2 959,19		x		
27			5.10.00.0000028	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - podanie izotopu samaru	punkt		4 733,88		x		
28			5.10.00.0000029	terapia izotopowa bólów kostnych w przebiegu zmian przerzutowych do kości - porada kontrolna	punkt		118,45		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
29			5.10.00.0000065	synowiekтомie radioizotopowe - porada kwalifikacyjna	punkt		295,61		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
30			5.10.00.0000030	synowiekтомie radioizotopowe	punkt		2 366,94		x		
31			5.10.00.0000066	synowiekтомie radioizotopowe - porada kontrolna	punkt		94,76		x		nie wolno łączyć z ambulatoryjnymi świadczeniami specjalistycznymi
32			5.10.00.0000036	zaopatrzenie w protezę twarzy	punkt		426,42		x		obejmuje koszt protezy
33	11.0000.041.02	zaopatrzenie protetyczne	5.10.00.0000037	zaopatrzenie w protezę nosa	punkt		4 852,33		x		obejmuje koszt protezy
34			5.10.00.0000038	zaopatrzenie w protezę małżowiny usznej	punkt		4 852,33		x		obejmuje koszt protezy
35			5.10.00.0000039	zaopatrzenie w ektoprotezę: gałki ocznej, wargi i nosa	punkt		5 798,90		x		obejmuje koszt protezy
36			5.10.00.0000040	naprawa i renowacja protezy twarzy	punkt		532,51		x		obejmuje koszt protezy
37			5.10.00.0000045	powiększenie indywidualnej protezy gałki ocznej	punkt		592,25		x		obejmuje koszt protezy
38			5.10.00.0000048	zatyczka do protezy gałki ocznej	punkt		355,35		x		
39	11.7220.001.12	pozytonowa tomografia emisyjna (PET)	5.10.00.0000103	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I	punkt	236,22	2 795,42		x		- za jedno badanie - grupa I obejmuje radiofarmaceutyki: 18F-FDG, 18F-NaF.

40			5.10.00.0000104	pozytonowa tomografia emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy II	punkt	349,96	4 141,63		x		- za jedno badanie - grupa II obejmuje inne radiofarmaceutyki: zarejestrowane w Polsce 18F-cholina (18-fluorocholina) lub nie zarejestrowane w Polsce a sprowadzane w trybie importu docelowego lub produkowane na potrzeby własne przez laboratorium świadczeniodawcy zgodnie z prawem atomowym
41	11.1021.046.02	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci	5.10.00.0000053	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci do 6 roku życia albo wymagających do 20 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
42			5.10.00.0000054	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci od 6 do 18 roku życia	punkt		6 894,00		x		
43	11.1021.047.02	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych	5.10.00.0000056	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat wymagających do 30 jednostek insuliny na dobę	punkt		7 469,00		x		
44			5.10.00.0000057	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych w wieku 18-26 lat	punkt		6 894,00		x		
45	10.0000.050.02	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	5.10.00.0000058	kompleksowe operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		13 539,35			x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na przynajmniej dwóch poziomach w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny dolnej i miednicy- w czasie jednej sesji operacyjnej oraz rehabilitację w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
46			5.10.00.0000059	operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 923,40			x	obejmuje zabieg operacyjny korygujący deformację na jednym poziomie w obrębie tkanek miękkich i/lub kostnych kończyny górnej lub dolnej oraz rehabilitacją w oddziale z dopasowaniem i założeniem ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
47			5.10.00.0000060	kompleksowe zachowawcze leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		4 307,46			x	obejmuje diagnostykę, rehabilitację w Oddziale Ortopedii, założenie i dopasowanie ortez; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
48			5.10.00.0000061	rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		177,10			x	osobodzień w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci; nie można łączyć ze świadczeniami z innych rodzajów
49			5.10.00.0000062	zaopatrzenie w przedmiot ortopedyczny w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		1			x	koszt wyrobu wykonanego na zamówienie o którym mowa w Ustawie o wyrobach medycznych z dnia 20 maja 2010 r. (Dz.U. Nr 107 poz. 679, z późn. zm.) art.2 ust. 1 pkt. 42 udokumentowany fakturą; możliwość rozliczenia ze świadczeniami w trybie hospitalizacja z niniejszego zakresu

50			5.10.00.0000063	porada zabiegowa w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		270,89		x		korekcje manualne deformacji i założenie unieruchomienia gipsowego; usunięcie materiału zespolającego po leczeniu operacyjnym; nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
51			5.10.00.0000064	porada zachowawcza w leczeniu wrodzonej sztywności wielostawowej	punkt		74,16		x		diagnostyka RTG, pobranie miary/korekta ortez; nie można sumować ze świadczeniami nr:5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061, 5.10.00.0000062
52			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061; - do rozliczenia niezbędne jest przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128).
53	11.0000.049.02	leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej	5.10.00.0000067	pompa baklofenowa	punkt		1			x	koszt zakupu kompletnego zestawu pompy baklofenowej - zgodny z wynikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego
54			5.10.00.0000068	cewnik do pompy baklofenowej	punkt		1			x	- koszt cewnika wraz z osprzętem wg faktury zakupu; - rozliczenie wyłącznie w przypadku wymiany
55			5.10.00.0000069	założenie / wymiana / usunięcie pompy baklofenowej	punkt		3 360,89			x	-wymiana nie wcześniej niż przed upływem okresu gwarancji; - nie obejmuje kosztu pompy baklofenowej i baklofenu
56			5.10.00.0000070	wymiana cewnika z przestrzeni nadtwardówkowej, podpajęczynówkowej lub podtwardówkowej rdzenia	punkt		1 680,96			x	nie obejmuje kosztu cewnika do pompy baklofenowej i baklofenu
57			5.10.00.0000071	hospitalizacja związana z uzupełnieniem pompy baklofenowej	punkt		532,51			x	nie obejmuje kosztu baklofenu
58			5.10.00.0000072	test baklofenowy	punkt		632,00			x	obejmuje wszystkie koszty, w tym koszt baklofenu
59			5.10.00.0000073	baklofen	punkt		747,00			x	za jedną ampulkę zawierającą 10 mg baklofenu

60			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000069, 5.10.00.0000070, 5.10.00.0000071, 5.10.00.0000072; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128).
61	11.0000.050.12	Teleradioterapia protonowa	5.10.00.0000076	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczenie		1		x	x	- za cały proces leczenia, - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego
62			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128).
63	11.0000.950.12	Teleradioterapia protonowa - pakiet onkologiczny	5.10.00.0000076	teleradioterapia hadronowa wiązką protonów	świadczenie		1		x	x	- za cały proces leczenia; - dotyczy świadczenia gwarantowanego "Terapia protonowa nowotworów oka", określonego w zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego

64			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem 5.10.00.0000076; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128).
65	11.0000.051.02	Domowa antybiotykoterapia dożylna	5.10.00.0000074	podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie	punkt		35,02			x	dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; obejmuje także koszt: - sprzętu i środków opatrunkowych, - przygotowania pacjenta i opiekunów
66			5.10.00.0000075	wizyta kontrolna po zakończeniu terapii	punkt		177,16			x	obejmuje także koszt: - zapewnienia kontaktu telefonicznego, - badań wymienionych w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20 część "Pozostałe wymagania" punkt 1 ppkt 7).
67			5.10.01.0000001	Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 0,25 g	punkt		1			x	dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
68			5.10.01.0000002	Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 0,5 g	punkt		1			x	dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
69			5.10.01.0000003	Amikacin (roztwór do wstrzykiwań i infuzji) 1,0 g	punkt		1			x	dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

70			5.10.02.0000001	Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v) acid 0,5 g + 0,1 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
71			5.10.02.0000002	Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v) acid 1 g + 0,2 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
72			5.10.02.0000003	Amoxicillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v) acid 2 g + 0,2 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
73			5.10.03.0000001	Cefepime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
74			5.10.03.0000002	Cefepime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
75			5.10.03.0000003	Cefepime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
76			5.10.04.0000001	Cefoperazone + sulbactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g + 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

77			5.10.04.0000002	Cefoperazone + sulbactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g + 1 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
78			5.10.05.0000001	Cefotaxime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
79			5.10.05.0000002	Cefotaxime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
80			5.10.05.0000003	Cefotaxime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
81			5.10.06.0000001	Ceftazidime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,25 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
82			5.10.06.0000002	Ceftazidime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

83			5.10.06.0000003	Ceftazidime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
84			5.10.06.0000004	Ceftazidime (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
85			5.10.07.0000001	Ceftriaxone (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,25 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
86			5.10.07.0000002	Ceftriaxone (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
87			5.10.07.0000003	Ceftriaxone (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
88			5.10.08.0000001	Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,1g/50ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

89			5.10.08.0000002	Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,2g/100ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
90			5.10.08.0000003	Ciprofloxacin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,4g/200ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
91			5.10.08.0000004	Ciprofloxacin (koncentrat do sporządzania roztoru Infuzyjnego) 100mg/10ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
92			5.10.08.0000005	Ciprofloxacin (koncentrat do sporządzania roztoru Infuzyjnego) 200mg/20ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
93			5.10.09.0000001	Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,3g/2ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
94			5.10.09.0000002	Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,6g/4ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

95			5.10.09.0000003	Clindamycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 0,9g/6ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
96			5.10.10.0000001	Cloxacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
97			5.10.10.0000002	Cloxacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
98			5.10.11.0000001	Colistin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 mln j.m.	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
99			5.10.11.0000002	Colistin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 mln j.m.	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
100			5.10.11.0000003	Colistin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,5 mln j.m.	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

101			5.10.11.0000004	Colistin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2 mln j.m.	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
102			5.10.12.0000001	Gentamicin (roztwór do wstrzykiwań i.v. oraz wlewu kroplowego) 40mg/1ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
103			5.10.12.0000002	Gentamicin (roztwór do wstrzykiwań i.v. oraz wlewu kroplowego) 80mg/2ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
104			5.10.13.0000001	Imipenem (proszek do sporz. roztworu do wlewu i.v.) 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
105			5.10.14.0000001	Linezolid (roztwór do infuzji) 0,6g/300ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
106			5.10.15.0000001	Meropenem (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

107			5.10.15.0000002	Meropenem (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
108			5.10.16.0000001	Netilmicin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 50mg / 2ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
109			5.10.16.0000002	Netilmicin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 200mg / 2ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
110			5.10.17.0000001	Piperacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1,0 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
111			5.10.17.0000002	Piperacillin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
112			5.10.17.0000003	Piperacillin + tazobactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 2,0 g + 0,25 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

113			5.10.17.0000004	Piperacillin + tazobactam (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 4,0 g + 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
114			5.10.18.0000001	Quinupristin + dalfopristin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,35 g +0,15 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
115			5.10.19.0000001	Teicoplanin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,1 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
116			5.10.19.0000002	Teicoplanin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,2 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
117			5.10.19.0000003	Teicoplanin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,4 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
118			5.10.20.0000001	Ticarceillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) 1,5 g + 0,1 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

119			5.10.20.0000002	Ticarcillin + clavulanic acid (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v. i wlewu i.v.) 3,0 g + 0,2 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
120			5.10.21.0000001	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 20 mg / 2 ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
121			5.10.21.0000002	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 40 mg / 2 ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
122			5.10.21.0000003	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 80 mg / 2 ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
123			5.10.22.0000001	Vancomycin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 0,5 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
124			5.10.22.0000002	Vancomycin (proszek do sporz. roztworu do wstrzykiwań i.v.) 1 g	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą

125			5.10.00.0000105	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 3 mg / 1 ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
126			5.10.00.0000106	Tobramycin (roztwór do wstrzykiwań i.v.) 1 mg / 1 ml	punkt		1	x			dotyczy świadczenia gwarantowanego określonego w załączniku nr 5 do rozporządzenia Lp. 20; za 100 mg substancji czynnej; według rzeczywistego kosztu jednostki leku poniesionego przez świadczeniodawcę udokumentowanego fakturą
127	11.9000.001.02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1)	5.10.00.0000077	KLRP-1 etap I	punkt		825,03		x		ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
128			5.10.00.0000078	KLRP-1 etap I z transportem	punkt		1 402,86		x		ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 4 tygodni).
129			5.10.00.0000079	KLRP-1 etap IIa	punkt		701,43		x		ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
130			5.10.00.0000080	KLRP-1 etap IIa z transportem	punkt		1 193,77		x		ryczałt (średnio 8 wizyt w ciągu 12 tygodni)
131			5.10.00.0000081	KLRP-1 etap IIb kategoria I	punkt		9 625,35			x	leczenie w oddziale - dotyczy głównie operacyjnego leczenia odleżyn, owrzodzeń popromiennych i przewlekłych ran pourazowych . konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 83.82, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.79
132			5.10.00.0000082	KLRP-1 etap IIb kategoria II	punkt		5 501,23			x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej, łączy się z leczeniem opatrunkami z miejscowym podciśnieniem konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 77.87, 77.88, 77.891, 77.892, 80.97, 80.98, 84.119, 84.129, 84.31, 84.32, 84.33, 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65, 86.71, 86.72, 86.73, 86.741, 86.742, 86.743, 86.744, 86.745, 86.746, 86.751, 86.752, 86.79, 86.89
133			5.10.00.0000083	KLRP-1 etap IIb kategoria III	punkt		6 954,56			x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii żylnej z operacją układu żylnego przeprowadzoną w czasie tej samej hospitalizacji konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 86.221, 86.222, 86.223, 86.601, 86.602, 86.603, 86.609, 86.65 oraz co najmniej dwóch z procedur ICD 9: 38.50, 38.591, 38.592, 38.593, 38.594, 38.595, 38.596, 38.691, 38.692, 38.693,

										38.694, 38.695, 38.696
134		5.10.00.0000084	KLRP-1 etap IIb kategoria IV	punkt		2 941,68			x	leczenie w oddziale - dotyczy operacji owrzodzeń o etiologii naczyniowej, stóp cukrzycowych, owrzodzeń powstałych w przebiegu bakteryjnego zapalenia skóry i tkanki podskórnej oraz leczenia opatrunkami z miejscowym podciśnieniem stosowane jako przygotowanie do zamknięcia rany, lub leczenie operacyjne w innym oddziale (finansowane na zasadach ogólnych – nie w ramach produktu). konieczne wykonanie co najmniej jednej z procedur ICD 9: 80.88, 86.04, 86.221, 86.222, 86.229, 86.609, 86.89
135		5.10.00.0000085	KLRP-1 etap III	punkt		295,61		x		ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
136		5.10.00.0000086	KLRP-1 etap III z transportem	punkt		504,70		x		ryczałt (średnio 4 wizyty w ciągu 8 tygodni):
137		5.10.00.0000087	KLRP-1 etap IV	punkt		307,97		x		ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
138		5.10.00.0000088	KLRP-1 etap IV z transportem	punkt		529,42		x		ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia.
139		5.10.00.0000089	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany	punkt		221,45		x		ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)
140		5.10.00.0000090	KLRP-1 etap IV bez zagojenia rany, z transportem	punkt		381,10		x		ryczałt (wizyta kontrolna – po 3 miesiącach od zagojenia rany), obejmuje też: ewaluację wyników prowadzonej edukacji oraz ewaluację realizacji planu leczenia. W przypadku braku zagojenia rany (konieczna dokumentacja fotograficzna, ocena planimetryczna i/lub ocena głębokości rany)

141			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15,00			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000081, 5.10.00.0000082, 5.10.00.0000083, 5.10.00.0000084; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128).
142	11.1100.000.02	Telekonsylium kardiologiczne	5.10.00.0000100	kardiologiczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego	punkt		71,07			x	obejmuje: -zdalny wywiad, - zdalna analiza zapisu EKG, - zdalna interpretacja badań dodatkowych, - ustalenie optymalnego leczenia kardiologicznego.
143	11.1060.000.02	Telekonsylium geriatryczne	5.10.00.0000101	geriatryczne konsylium lekarskie przy użyciu sprzętu telemedycznego	punkt		71,07			x	1) świadczenie dotyczy osób po 65 r. ż. 2) obejmuje: - zdalny wywiad, - zdalna analiza zapisu EKG, - zdalna analiza badań diagnostycznych, - zdalna analiza leczenia farmakologicznego, - optymalizacja leczenia.
144 a	11.1450.400.02	Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I)	5.10.00.0000143	ryczałt KOC I - od I trymestru ciąży	punkt		6 269	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą przed końcem 14 tygodnia ciąży
144 b			5.10.00.0000144	ryczałt KOC I - od 15 tygodnia ciąży	punkt		5 758	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży
144 c			5.10.00.0000145	ryczałt KOC I - od 33 tygodnia ciąży	punkt		5 296	x	x	x	obejmuje opiekę, zgodnie z opisem KOC I, rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży
144 d			5.10.00.0000146	ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną	punkt		4 878		x	x	rozliczany łącznie z produktem o kodzie: 5.10.00.0000147 "ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną", w przypadku gdy ciążę prowadziła położna KOC I i poród odbył się u koordynatora
144 e			5.10.00.0000147	ryczałt KOC I - prowadzenie ciąży przez położną	punkt		1 391	x	x		do łącznego rozliczania z produktem o kodzie: 5.10.00.0000146 "ryczałt KOC I, w przypadku prowadzenia ciąży przez położną". Obejmuje prowadzenie ciąży fizjologicznej przez położną KOC I zgodnie ze schematem wynikającym z rozporządzenia o opiece okołoporodowej

144 f			5.10.00.0000114	(N22KOC) Noworodek wymagający intensywnej terapii	punkt		23 001			x	<ul style="list-style-type: none">- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej,- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,- obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii,- w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
144 g			5.10.00.0000219	(N22AKOC) Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki	punkt		11 298			x	<ul style="list-style-type: none">- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej,- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,- obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej terapii (m.in. noworodkiem ze skrajnie niską urodzeniową masą ciała, wrodzonymi wadami rozwojowymi, wodogłowie),- w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983
144 h			5.10.00.0000115	(N23KOC) Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki	punkt		27 738			x	<ul style="list-style-type: none">- produkt dedykowany dla II poziomu opieki neonatologicznej,- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,- obejmuje opiekę nad noworodkiem wymagającym intensywnej opieki,- w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983

144 i			5.10.00.0000116	(N24KOC) Noworodek wymagający szczególnej opieki	punkt		5 456			x	- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
144 j			5.10.00.0000117	(N25KOC) Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	punkt		2 468			x	- rozliczanie na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, - produkt dedykowany dzieciom urodzonym w innym ośrodku, - nie można sumować z ryczałtem KOC I, - możliwość rozliczania hospitalizacji dziecka w wieku powyżej 6 tygodnia życia urodzonego u koordynatora, - w sytuacji, gdy świadczeniodawca wykorzystuje do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego, przy rozliczaniu świadczenia wymagane jest wskazanie procedury 99.982 lub 99.983.
144 k			5.10.00.0000148	hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (KOC I)	punkt		668			x	rozliczanie wyłącznie w przypadku przeniesienia pacjentki do ośrodka wyższego poziomu referencyjnego, w sytuacji kiedy poród nie odbył się u koordynatora
144 l			5.10.00.0000149	wizyta patronażowa położnej (KOC I)	punkt		28	x			rozliczanie wyłącznie w przypadku wizyt patronażowych położnej KOC I; nie więcej niż 6 wizyt w ciągu 2 miesięcy

144 m			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt	15	15			x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami: 5.10.00.0000143, 5.10.00.0000144, 5.10.00.0000145, 5.10.00.0000146, 5.10.00.0000114, 5.10.00.0000115, 5.10.00.0000116, 5.10.00.0000117, 5.10.00.0000148, 5.10.00.0000219; - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128).
145	11.9000.002.02	Kompleksowe leczenie ran przewlekłych 2 (KLRP-2)	5.10.00.0000158	KLRP-2 kwalifikacja	punkt		410,00		x		obejmuje wizytę pielęgniarską i lekarską , (w tym badania) zgodnie z opisem KLRP-2;
146			5.10.00.0000159	KLRP-2 etap I A	punkt		440,00	x	x		- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
147			5.10.00.0000160	KLRP-2 etap I B	punkt		350,00	x	x		- ryczałt obejmuje 4 wizyty 3 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
148			5.10.00.0000161	KLRP-2 etap I C	punkt		440,00	x	x		- ryczałt obejmuje 5 wizyt: 4 pielęgniarskie oraz 1 wizytę kontrolną lekarską, zgodnie z opisem KLRP-2; - w przypadku wizyt środowiskowych stosuje się mnożnik 1,1
149			5.10.00.0000162	KLRP-2 etap I D	punkt		850,00		x		zgodnie z opisem KLRP-2
150			5.10.00.0000163	KLRP-2 etap II A	punkt		5 600,00			x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje chirurgiczne operacyjne oczyszczenie rany, miejscową terapię podciśnieniem, przeszczep allogeniczny skóry lub owodni, zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu do 7 dni
151			5.10.00.0000164	KLRP-2 etap II B	punkt		8 600,00			x	leczenie w oddziale szpitalnym - obejmuje kompleksowe leczenie chirurgiczne (operacyjne oczyszczenie i przeszczep) zgodnie z opisem KLRP-2; przewidywany czas pobytu minimum 10 dni
152			5.10.00.0000165	KLRP-2 etap III	punkt		90,00	x	x		- za 1 wizytę zgodnie z opisem KLRP-2 - można rozliczyć do 5 wizyt; - w przypadku wizyt środowiskowych

										stosuje się mnożnik 1,1
153			5.10.00.0000166	koszt transportu					x	- koszt transportu sanitarnego rozliczany zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu poz; - rozliczanie maksymalnie do 5 transportów
154			5.10.00.0000167	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu A	punkt		3 000,00		x	- zamknięcie rany 100% potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną;
155			5.10.00.0000168	KLRP-2 etap IV - wizyta ewaluacyjna typu B	punkt		2 000,00		x	- zamknięcie rany powyżej 60 % powierzchni, potwierdzone zdjęciem i oceną planimetryczną; - nie można rozliczać łącznie z wizytą ewaluacyjną typu A
156			5.10.00.0000157	koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	punkt		15,00		x	- za osobodzień; - do rozliczania z produktem: - do rozliczenia niezbędne jest oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128).

Warunki rozliczenia produktów rozliczeniowych
N Położnictwo i opieka nad noworodkami - KOC I
N22KOC Noworodek wymagający intensywnej terapii
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>
N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>
N23KOC Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>
N24KO
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>
N25KOC Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru
<i>na warunkach obowiązującej charakterystyki JGP określonej w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne,</i>

Uzasadnienie

Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (w brzmieniu wynikającym z obwieszczenia Prezesa NFZ z dnia 15 września 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie), stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

W zarządzeniu nadano nowe brzmienie załącznikowi nr 1 do zarządzenia, określającemu Katalog zakresów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Zmiany dotyczą zakresu „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I)”.

Wprowadzone zmiany wynikają z publikacji obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 12 sierpnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki nad noworodkiem. Obejmuje ona modyfikacje taryf w zakresie opieki nad noworodkiem w grupach N20 – N25.

Zmiany w grupach noworodkowych N22KOC – N25KOC polegają na:

- 1) implementacji taryf z obwieszczenia dla tych grup,
- 2) utworzeniu grupy N22AKOC Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki,
- 3) zmianie nazwy grupy N23KOC z dotychczasowej „Noworodek wymagający intensywnej opieki” na „Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki”.

W niniejszym zarządzeniu zaktualizowano adresy promulgacyjne określonych aktów normatywnych, a także wprowadzono inne zmiany o charakterze porządkowym.

Zmiany wprowadzane niniejszym zarządzeniem są analogiczne do zmian wprowadzanych w innych rodzajach świadczeń w związku z implementacją ww. taryfy.

Szacowany skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z obwieszczenia Prezesa AOTMiT wyniesie ok. 5,98 mln zł w skali pół roku, przy czym nie jest możliwe oszacowanie kosztów wynikających z wyodrębnienia nowej grupy JGP (N22AKOC).

Projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 787, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym.

W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania, a jego przepisy stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 października 2022 r.

Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – *Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej*.